

**Исследовательская статья**

DOI 10.22363/2313-1683-2019-16-4-517-539

УДК 159.9.072

Исследование фобических проявлений и тревожности у больных ишемической болезнью сердца после перенесенного инфаркта миокарда в связи с задачами психологической реабилитации**А.А. Великанов¹, А.А. Боярская², А.А. Столярова¹,
Е.А. Протасов¹, Е.И. Лубинская¹, Е.А. Демченко¹**¹Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова
*Российская Федерация, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2*²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
Российская Федерация, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6–8

Изучение психоэмоциональных особенностей больных ишемической болезнью сердца (ИБС) является важным для разработки мероприятий психологической реабилитации. В частности, необходим учет специфики переживаемых страхов и тревожных состояний, которые могут проявляться у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ). Известно, что негативные психоэмоциональные характеристики могут влиять на течение и прогноз заболевания. Выявление структуры фобических проявлений, тревожности и личностных особенностей пациентов является целесообразным для оптимизации психодиагностики и психокоррекции.

Целью данного исследования являлось изучение особенностей фобических проявлений и структуры тревожности у больных ИБС, перенесших ИМ, с учетом доминирующего состояния, показателей качества жизни и личностных характеристик.

Исследование проводилось на базе ФБГУ «НМИЦ имени В.А. Алмазова» Минздрава России. Всего обследовано 67 пациентов, из них 12 женщин (18 %) и 55 мужчин (82 %). Все пациенты перенесли ИМ не более 1 года назад, и им была выполнена реваскуляризация миокарда. Средний возраст больных составил 58,95 лет.

Использовались клинико-психологический и экспериментально-психологический методы исследования (Методика определения доминирующего состояния (ДС), Интегративный тест тревожности (методика ИТТ), Краткий общий опросник оценки статуса здоровья (SF-36), личностный опросник «Большая пятерка» (BIG V)) .

Установлено, что у больных ИБС, перенесших ИМ, имеющих выраженные страхи, в структуре фобических проявлений наиболее часто выявлялись боязнь физической нагрузки и страхи, связанные с самим заболеванием. В этой группе пациентов отмечены более выраженные показатели тревожности, более низкие показатели качества жизни (КЖ)

© Великанов А.А., Боярская А.А., Столярова А.А., Протасов Е.А., Лубинская Е.И., Демченко Е.А., 2019

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

и эмоциональной стабильности в структуре личностных особенностей. Таким образом, при планировании психологической реабилитации для больных ИБС, перенесших ИМ, важно учитывать вероятность наличия тревожных состояний и фобических проявлений.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца; инфаркт миокарда; фобические проявления; тревожность; качество жизни; личностные особенности; психологическая реабилитация

Введение

Известно, что ишемическая болезнь сердца (ИБС) является многофакторным заболеванием (Граждан и др., 2015; Pedersen et al., 2017; De Hert et al., 2018), в этиопатогенезе которого соучаствуют как биологические, так и психологические, психосоциальные факторы (Болотова, Комиссарова, 2017; Пушкарёв и др., 2017; Обрезан, Куликов, 2018).

В процессе изучения психологических характеристик пациентов во многих работах уделяется значительное внимание исследованию психоэмоциональной сферы (Никулина и др., 2017; Pogosova et al., 2017; Chauvet-Gelinier, Bonin, 2017). В современной научной литературе отмечается, что важным показателем благополучия пациентов с ИБС является качество жизни (КЖ); при этом подчеркивается, что психоэмоциональные расстройства могут оказывать негативное влияние на КЖ даже в большей степени, чем само заболевание сердца (Белялов, 2017).

Традиционно при описании психоэмоциональных нарушений, часто встречающихся у пациентов с ИБС, выделяются депрессивные и тревожные расстройства (Михайловская и др., 2015). В научной литературе имеются данные о выраженной негативной роли тревожности при ИБС: отмечается, что тревожность связана с дальнейшим неблагоприятным течением болезни (Белан и др., 2015). В иностранной литературе также приведены данные о том, что тревожность может способствовать развитию сердечно-сосудистых заболеваний (Emdin et al., 2016; Batelaan et al., 2016). В рамках тревожных расстройств, встречающихся у больных ИБС, описаны и тревожно-фобические проявления (Селиванова, 2017; Солодухин и др., 2017).

Для исследования фобических проявлений и тревоги необходимо рассмотреть составляющие данных феноменов. В психологии тревога определяется как переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагоприятия, предчувствием грозящей опасности. Различают ситуативную тревогу, характеризующую состояние субъекта в определенный момент, и тревожность как относительно устойчивое образование, личностное свойство (Большой психологический словарь, 2009). Следует подчеркнуть, что в названии некоторых психодиагностических методик, в частности ИТТ (интегративный тест тревожности), используется именно термин «тревожность». Отмечается, что тревога и тревожность – это системно связанные понятия. Однако необходимо разграничивать данные понятия с таким явлением, как страх. Страх – эмоциональное состояние, возникающее в присутствии или предвосхищении опас-

ного или вредного стимула. Страх обычно характеризуется внутренним, субъективным переживанием очень сильного возбуждения, желания бежать или нападать и рядом симпатических реакций. Страх часто различается с тревогой по одному (или обоим) из двух оснований: 1) страх рассматривается как включающий определенные объекты или события, в то время как тревога считается более общим эмоциональным состоянием; 2) страх – это реакция на присутствующую в данный момент опасность, тревога – на ожидаемую или предполагаемую (Оксфордский толковый словарь..., 2003).

Стойкий и необоснованный страх перед отдельными предметами, людьми, животными, действиями или ситуациями является фобией. Люди, страдающие какими-либо видами фобий, испытывают выраженный дискомфорт при мысли о пугающих ситуациях или предметах, но могут комфортно чувствовать себя, если удастся избегать объекта, вызывающего страх, и мыслей о нем (Ковпак, 2012).

Изучение клинико-психологических особенностей пациентов с ИБС, включая тревожные и фобические проявления, является важным для формирования программ реабилитации (Березняк, Селезнёв, 2017). Отмечается, что в структуре значимых эмоциональных переживаний лиц с ИБС выделяются различные страхи, опасения. Так, пациенты могут испытывать выраженный страх прогрессирования болезни, проявлять кардиофобические реакции, беспокоиться по поводу рецидивов (Сирота, Московченко, 2015). Переживания страха перед какими-либо затруднительными ситуациями способствуют формированию дезадаптации пациентов в окружающей среде (Овчинников и др., 2017). Имеются также сведения о том, что важным элементом в возникновении невротической ипохондрии при ИБС является собственно аффективный компонент, в содержательную характеристику которого включена тревога о здоровье и страх смерти (Лысова и др., 2015). Фобические проявления у лиц с ИБС сопровождаются вегетативными признаками тревоги и связаны с беспокойством по поводу лечения, страхом утратить самостоятельность (Сирота, Московченко, 2015). Можно заключить, что в рамках мероприятий психологической реабилитации, проводимых с больными ИБС, важно учитывать вероятные проявления различных страхов, формирующихся в результате восприятия заболевания, витальной угрозы, ситуаций, связанных с болезнью. Следует также отметить, что в процессе психотерапевтической работы целесообразно осуществлять диагностику отношения пациентов к личной безопасности и учитывать показатели по угрозам и опасениям, не имеющим прямого отношения к заболеванию (Иванов и др., 2018).

При исследовании психологического статуса пациентов с ИБС необходимо принимать во внимание и значение психологических особенностей личности (Прохоренко и др., 2016). Те или иные психологические реакции на заболевание, включая опасения, связанные с соматическим состоянием, проявляются в зависимости от имеющихся у пациента индивидуально-личностных свойств (Березняк, Селезнёв, 2017). Таким образом, основываясь на данных современной научной литературы, можно сделать вывод о том, что исследо-

вание психологических особенностей больных ИБС, в частности изучение их психоэмоциональных характеристик, является актуальной задачей, учитывая негативную роль психологических факторов в этиопатогенезе болезни и необходимость их выявления при планировании реабилитационных мероприятий.

Цель исследования – изучение особенностей фобических проявлений и структуры тревожности у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), с учетом доминирующего состояния, показателей качества жизни и личностных характеристик. Для реализации указанной цели были сформулированы следующие задачи: 1) изучение особенностей и частоты встречаемости фобических проявлений у больных ИБС, перенесших ИМ; 2) сравнительное исследование особенностей тревожности у пациентов, имеющих фобические проявления и без таковых; 3) сравнительное исследование особенностей доминирующего психического состояния у больных ИБС, перенесших ИМ, имеющих фобические проявления и не имеющих выраженных страхов; 4) сравнительное изучение качества жизни и личностных особенностей больных ИБС с ИМ в анамнезе (имеющих какие-либо страхи и без выраженных проявлений страхов).

Процедура и методы исследования

Участники. Исследование проводилось на базе ФБГУ «НМИЦ имени В.А. Алмазова» Минздрава России. Всего было обследовано 67 пациентов, из них 12 женщин (18 %) и 55 мужчин (82 %). Все пациенты перенесли ИМ не более 1 года назад, и им была выполнена реваскуляризация миокарда. Средний возраст больных составил 58,95 лет.

По результатам применения структурированного клинико-психологического интервью были сформированы две группы пациентов. В экспериментальную группу было включено 37 больных с выраженными фобическими проявлениями после инфаркта миокарда (1-я группа). В состав указанной группы вошли пациенты, отмечающие наличие выраженных либо сильно выраженных страхов. В процессе беседы с пациентами данной группы с помощью дополнительных вопросов были получены сведения, подтверждающие высокую интенсивность страхов, значительную частоту их возникновения, затруднения при попытках их контролировать. В контрольную группу было включено 30 пациентов без выраженных фобических проявлений (2-я группа). Характеристика групп представлена в табл. 1.

Большинство пациентов как экспериментальной, так и контрольной группы состоит в браке (86,48 и 90 % соответственно). Неработающих пациентов в обеих группах отмечено больше, чем работающих (62,16 % в 1-й группе и 60 % – во 2-й). Обследуемых, имеющих высшее образование, оказалось меньше в составе 1-й группы (24,32 и 40 % соответственно).

Q-инфаркт миокарда (трансмуральный, крупноочаговый инфаркт) отмечен у большинства пациентов в обеих группах (70,27 и 76,66 %). Также у большинства обследуемых, как показано в табл. 1, ИБС была осложнена хронической

сердечной недостаточностью (ХСН) II и III функциональных классов по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (NYHA).

У всех больных диагностирована гипертоническая болезнь III стадии, 4-й степени риска, а также атеросклероз коронарных и брахиоцефальных артерий.

В числе заболеваний в рамках сопутствующей патологии в 1-й группе сахарный диабет (СД) 2-го типа встречался у 7 пациентов (19 %), хронический гастрит – у 24 (65 %), варикозное расширение вен нижних конечностей – у 8 (21,62 %); во 2-й группе СД 2-го типа отмечался у 5 пациентов (16,66 %), хронический гастрит – у 18 (60 %), варикозное расширение вен нижних конечностей – у 5 (16,6 %).

Таблица 1 / Table 1

**Характеристика выборки исследования
[Sampling characteristics]**

Характеристики	1-я группа (n = 37): пациенты с ИБС, имеющие фобические проявления		2-я группа (n = 30): пациенты с ИБС без выраженных фобических проявлений	
	Кол-во пациентов	% пациентов	Кол-во пациентов	% пациентов
Семейное положение: состоит в браке	32	86,48 %	27	90,00 %
Наличие постоянного места работы	23	62,16 %	18	60 %
Наличие высшего образования	9	24,32 %	12	40 %
Диагноз ИБС, Q-инфаркт миокарда (трансмуральный, крупноочаговый инфаркт)	26	70,27 %	23	76,66 %
ИБС осложнена хрониче- ской сердечной недоста- точностью II или III функ- циональных классов	28	75,67 %	25	83,33 %
Сопутствующие патологии:				
– сахарный диабет 2-го типа;	7	19 %	5	16,66 %
– гипертоническая болезнь, III стадия, риск 4	37	100 %	30	100 %

Методы. В исследовании использовался клинико-психологический и экспериментально психологический методы: Методика определения доминирующего состояния (ДС), Интегративный тест тревожности (методика ИТТ), Краткий общий опросник оценки статуса здоровья (SF-36), личностный опросник «Большая пятерка» (BIG V).

Методика определения доминирующего состояния предназначена для определения характеристик настроений и некоторых других характеристик личностного уровня психических состояний с помощью субъективных оценок обследуемого. Методика разработана Л.В. Куликовым (2003). Основным назначением опросника является диагностика относительно устойчивых (доми-

нирующих) состояний. Существуют два варианта данного опросника: полный вариант с восемью шкалами и краткий вариант с шестью шкалами. В данной работе использовался краткий вариант методики, который включает следующие шкалы (Куликов, 2003):

1) Шкала «Ак»: «активное – пассивное отношение к жизненной ситуации» (выявляет активность, оптимистичность в отношении к жизненной ситуации или их отсутствие, что соответствует противоположному полюсу шкалы – пассивность – пессимистическая позиция);

2) Шкала «То»: «тонус высокий – низкий» (активность, энергичность или при низких оценках – усталость, инертность, низкая работоспособность);

3) Шкала «Сп»: «спокойствие – тревога» (степень выраженности уверенности в своих силах и уровень проявлений склонности к беспокойству в широком круге жизненных ситуаций);

4) Шкала «Ус»: «устойчивость – неустойчивость эмоционального тона» (отражает преобладающий эмоциональный тон – либо положительный, ровный, либо, что соответствует полюсу неустойчивости, склонность к эмоциональному возбуждению, раздражительности).

5) Шкала «Уд»: «удовлетворенность – неудовлетворенность жизнью в целом (ее ходом, процессом самореализации)».

6) Шкала «По»: «положительный – отрицательный образ самого себя» (является вспомогательной, позволяет определить критичность самооценивания – низкую или высокую, адекватность самооценивания).

Интегративный тест тревожности (методика ИТТ). Компактный, экспресс-диагностический клиничко-психологический инструмент, позволяющий оценить выраженность тревоги как ситуативной переменной и тревожности как личностной характеристики. Авторы – А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман и Б.В. Иовлев (2005). Методика включает две основные шкалы: «ситуативная тревожность» и «личностная тревожность». В структуре основных показателей выделяется 15 признаков, входящих в каждую шкалу, на основе которых было выделено 5 факторов, интерпретируемых как вспомогательные шкалы:

1) «эмоциональный дискомфорт» (ЭД) – снижение эмоционального фона, неудовлетворенность жизненной ситуацией, эмоциональная напряженность;

2) «астенический компонент тревожности» (АСТ) – усталость, вялость, пассивность, утомляемость;

3) «фобический компонент» (ФОБ) – ощущение непонятной угрозы, неуверенности в себе;

4) «тревожная оценка перспективы» (ОП) – проекция страхов не на текущее положение дел, а на перспективу;

5) «социальная защита» (СЗ) – основные проявления тревожности в сфере социальных контактов.

Показатели вспомогательных шкал и показатели общей тревожности – переводятся в станайны (Бизюк и др., 2005).

Краткий общий опросник оценки статуса здоровья (SF-36) предназначен для определения степени удовлетворенности больного своим физическим,

психическим и социальным функционированием в условиях болезни. Опросник разработан J.E. Ware, русскоязычная версия была создана российскими исследователями Межнародного центра исследования качества жизни (МЦИКЖ, Санкт-Петербург). Опросник состоит из 11 разделов, результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее КЖ (Вассерман, Щелкова, 2003):

1) General Health (GH) – общее состояние здоровья – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения;

2) Physical Functioning (PF) – физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье ограничивает выполнение различных физических нагрузок;

3) Role-Physical (RP) – влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности);

4) Role-Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности;

5) Social Functioning (SF) – социальное функционирование, определяет степень, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение);

6) Bodily Pain (BP) – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью;

7) Vitality (VT) – жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным);

8) Mental Health (MH) – самооценка психического здоровья, настроения (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Личностный опросник «Большая пятерка» (BIG V) – адаптирован Д.П. Яничевым (Яничев, 2006) и направлен на выявление индивидуально-психологических особенностей и структуры личности (на основании так называемых пяти глобальных факторов личности). Соответственно, опросник включает пять биполярных шкал (названия шкал соответствуют полюсу высоких значений):

1) шкала «экстраверсия» измеряет широту и интенсивность межличностных контактов, уровень активности, оптимизма, потребность во внешней стимуляции, эмоциональную откликаемость;

2) шкала «самосознание» измеряет степень организованности, дисциплинированности, целеустремленности, требовательности к себе;

3) шкала «сотрудничество» отражает качество межличностных контактов, характер отношения человека к другим людям в континууме от готовности к сотрудничеству, доброжелательности, открытости, доверия, теплоты до враждебности, циничности, манипулятивности;

4) шкала «эмоциональная стабильность» измеряет степень эмоциональной возбудимости, неустойчивости, тревожности (нейротизма) а также степень уверенности в себе;

5) шкала «личностные ресурсы» отражает наличие (или отсутствие) стремления к самосовершенствованию, поиску нового опыта, широту интересов, креативность личности.

Также в ходе исследования применялось и специально разработанное клинико-психологическое интервью, направленное на выявление фобических проявлений (их качественного своеобразия и степени выраженности) у больных, перенесших инфаркт и реваскуляризацию миокарда. Пациентам предлагалось оценить у себя выраженность различных страхов: 0 – совсем не выражен; 1 – выражен слабо; 2 – выражен; 3 – сильно выражен. В процессе сбора информации о фобических проявлениях с пациентами проводилась беседа, в которой были также заданы вопросы о том, какие страхи их беспокоят в настоящее время и чего они боятся, представляя возвращение к повседневной деятельности после выписки из стационара (например, возможных поездок на транспорте, прогулок, нахождения одному в квартире и т.д.). Учитывалась интенсивность проявлений страха, частота возникновения соответствующих мыслей, трудность отвлечения, влияние страха на различные сферы функционирования. Таким образом, фобические проявления были проанализированы с учетом когнитивного, эмоционального, поведенческого компонентов.

В перечень возможных фобических проявлений были включены следующие:

1) страх болезни – страх ухудшения течения болезни, возвращения симптомов, повторного ИМ, выраженное беспокойство по поводу возможной неэффективности лечебно-профилактических мероприятий и оперативного лечения;

2) страх замкнутого пространства – боязнь нахождения одному в закрытом помещении (кабинете, палате, комнате, лифте и т.д.), а также страх поездки в некоторых видах транспорта (автомобиле, метро) в связи с представлением о возможности ухудшения самочувствия;

3) страх открытого пространства – в частности, выяснялась информация о боязни «открытых мест» (например, одному выходить на улицу) в связи с представлением о возможном проявлении болезни;

4) страх в социальных ситуациях (в общественных местах) – связанный с представлением о вероятном ухудшении самочувствия, несвоевременном получении медицинской помощи, негативной оценке со стороны окружающих;

5) страх физической нагрузки – боязнь появления неприятных физических ощущений и симптомов болезни в результате выполнения каких-либо действий (ходьба, перемещение по лестнице и т.д.);

6) страх нанести вред окружающим – фобические проявления, связанные с оценкой пациентом вероятности нанесения вреда окружающим из-за своей болезни. Например, боязнь того, что из-за проблем с сердцем (внезапный приступ, потеря сознания и, соответственно, контроля над ситуацией) после выписки из стационара могут возникнуть негативные последствия (вред окружающим) при выполнении ответственного задания (посидеть с детьми, выгулять собаку, встретить и подвезти родственника на автомобиле и т.д.);

7) фобофобия – страх, связанный с представлением о том, что через некоторое время из-за болезни могут появиться какие-либо страхи (например, страх того, что в будущем в результате проявлений болезни может возникнуть какой-либо страх, которого раньше не отмечалось).

Для проведения *математико-статистической обработки* данных были использованы критерий χ^2 -Пирсона, а также *t*-критерий Стьюдента. Расчеты осуществлялись с помощью программного пакета SPSS Statistics.

Результаты и их обсуждение

По структуре (характеру) фобических проявлений распределение пациентов 1-й группы оказалось следующим. Страх болезни отмечен у 16 человек (43 %). Пациенты, сообщаящие о наличии у них указанного страха, отмечали, что боятся формирования более тяжелых симптомов, беспокоятся по поводу того, что инфаркт может повториться. В суждениях о болезни доминировала тема угрозы здоровью и жизни, например: «мое состояние ухудшится, это страшно», «я боюсь, что одышка станет тяжелее», «страшно от постоянных мыслей о том, что опять может случиться приступ, а ведь меня прооперировали» и т.д. Перенесенная операция оценивалась такими пациентами как «необходимое мероприятие, но имеющее кратковременный или нестабильный эффект».

Страх замкнутого пространства выявлен у 4 обследованных больных (10,8 %). Страх открытого пространства диагностирован у 6 пациентов (16,2 %).

Следует отметить, что страх в социальных ситуациях не выявлен ни у кого из обследованных больных. Можно предположить, что отсутствие данного страха, вероятно, обусловлено представлением пациентов об ИБС как о болезни, наличие которой не может способствовать возникновению негативной оценки со стороны окружающих.

Боязнь физической нагрузки отмечена почти в половине случаев – у 20 больных из 37 (54 %). Пациенты сообщали о том, что боятся двигательной активности и стараются избегать выполнения какой-либо физической нагрузки, например, подниматься по лестнице, идти по длинному коридору, ускорять шаг и т.п. Кроме того, отмечался страх, связанный с предстоящей после выписки из стационара необходимостью выполнять повседневные дела, требующие физической активности: работа по дому или на даче, перенос продуктовых сумок и т.д. Страх физической нагрузки сопровождался представлением о том, что физические действия могут спровоцировать какие-либо симптомы болезни, как это было до хирургического вмешательства.

Страх нанесения вреда окружающим из-за болезни был свойственен 13 пациентам (35,1 %). Страх возникновения какого-либо страха в результате болезни обнаружен у 6 обследованных пациентов (16,2 %).

Таким образом, наиболее часто у больных ИБС с фобическими проявлениями встречался страх выполнения физической нагрузки и страх самого заболевания, той угрозы, которую «несет болезнь».

При обследовании по методике ИТТ получены данные, представленные в табл. 2.

Как показано в таблице, в среднем у пациентов, имеющих фобические проявления, выявлены более высокие значения (в сравнении со 2-й группой) по целому ряду показателей тревожности ($p < 0,05$): общий уровень ситуативной тревожности, а также эмоциональный дискомфорт, фобический компонент и тревожная оценка перспективы в структуре ситуативной тревожности. Кроме того, в 1-й группе был выявлен и более высокий общий уровень личностной тревожности. Также у пациентов с фобическими проявлениями отмечены более выраженные показатели таких компонентов в структуре личностной тревожности, как эмоциональный дискомфорт, фобический компонент, астенический компонент и тревожная оценка перспективы.

Таблица 2 / Table 2

**Результаты исследования тревожности
[Anxiety assessment results]**

Шкалы методики ИТТ, по значениям которых между группами выявлены значимые различия	1-я группа (n = 37): пациенты с ИБС, имеющие фобические проявления	2-я группа (n = 30): пациенты с ИБС без выраженных фобических проявлений	p
Общий уровень ситуативной тревожности (СТ)	5,38 ± 0,47	2,64 ± 0,49	0,001
СТ: эмоциональный дискомфорт	4,23 ± 0,71	2,35 ± 0,57	0,022
СТ: фобический компонент	4,97 ± 0,76	2,48 ± 0,65	0,006
СТ: тревожная оценка перспективы	5,57 ± 0,70	3,13 ± 0,76	0,009
Общий уровень личностной тревожности (ЛТ)	6,89 ± 0,32	4,35 ± 0,54	0,000
ЛТ: эмоциональный дискомфорт	6,75 ± 0,44	4,98 ± 0,41	0,004
ЛТ: фобический компонент	5,95 ± 0,55	3,31 ± 0,59	0,000
ЛТ: астенический компонент	6,44 ± 0,51	4,94 ± 0,59	0,019
ЛТ: тревожная оценка перспективы	7,05 ± 0,37	3,89 ± 0,33	0,000

Таким образом, в целом в результате применения методики ИТТ выявлены статистически значимые различия обследуемых групп по всем шкалам данного теста, кроме вспомогательных шкал «социальные реакции защиты» (в структуре как ситуативной, так и личностной тревожности) и «астенический компонент» (в структуре ситуативной тревожности).

В процессе анализа средних значений по методике «Доминирующее состояние», как продемонстрировано в табл. 3, между обследованными группами выявлены статистически значимые различия по шкалам «спокойствие – тревога», «устойчивость – неустойчивость эмоционального тона», «удовлетворенность – неудовлетворенность жизнью». Таким образом, в целом у пациентов 1-й группы отмечается более выраженная склонность к беспокойству, неустойчивость эмоционального фона и неудовлетворенность жизнью.

Таблица 3 / Table 3

Результаты исследования доминирующего состояния
[Results of dominant state study]

Шкалы ДС, по значениям которых между группами выявлены значимые различия	1 -я группа (n = 37): пациенты с ИБС, имеющие фобические проявления	2-я группа (n = 30): пациенты с ИБС без выраженных фобических проявлений	p
Спокойствие – тревога	52,10 ± 2,13	58,93 ± 2,45	0,017
Устойчивость – неустойчивость эмоционального тона	52,15 ± 2,36	59,60 ± 1,97	0,026
Удовлетворенность – неудовлетворенность жизнью	53,60 ± 1,67	61,15 ± 1,73	0,006

Более выраженные признаки доминирующего тревожного состояния могут способствовать усилению чувствительности к эмоционально-значимым ситуациям. Соответственно, в связи с ситуацией болезни, госпитализации и необходимости хирургического лечения могут возникать интенсивные негативные эмоции. В частности, могут формироваться и усиливаться фобические проявления, отражающие представления пациентов о своем заболевании и ситуациях возникновения тех или иных симптомов (например, при физической нагрузке).

При наличии более выраженной неустойчивости эмоционального фона может проявляться изменчивость настроения, раздражительность. Соответственно, уровень саморегуляции эмоционального состояния и деятельности является недостаточным. Следовательно, различные страхи в этом случае могут проявляться наиболее ярко, а восприятие угрозы, связанной с болезнью, в условиях неустойчивости эмоционального фона сопровождается интенсивными фобическими проявлениями.

Выявленные более низкие показатели шкалы «удовлетворенность – неудовлетворенность жизнью» в группе пациентов с фобическими проявлениями отражают более низкую оценку собственной успешности в жизни и недостаточную удовлетворенность процессом самореализации в сравнении с пациентами 2-й группы. Соответственно, вероятным является возникновение каких-либо сомнений, неуверенности при преодолении трудностей. Описанные особенности доминирующего состояния, безусловно, могут являться благоприятным фоном для развития и поддержания страхов, связанных с болезнью.

В ходе изучения показателей КЖ по методике SF-36 выявлен ряд статистически значимых различий ($p < 0,05$) между обследованными группами. Установлено, что в 1-й группе, в сравнении со 2-й, показатели КЖ являются более низкими по шкалам «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» ($M = 13,85 \pm 7,05$; $M = 40,11 \pm 10,75$), «жизненная активность» ($M = 47,17 \pm 4,23$; $M = 63,43 \pm 4,29$) и «психическое здоровье» ($M = 61,12 \pm 4,51$; $M = 76,73 \pm 3,05$).

Таким образом, у пациентов, имеющих фобические проявления, отмечается более выраженное влияние неудовлетворительного физического состояния на повседневную деятельность, сниженный уровень жизненных сил, энергичности и настроения. Соответственно, страхи, наиболее часто выявляемые у обследованных больных ИБС (страх болезни, физической нагрузки), отражают беспокойство, связанное с ограничением активности (до госпитализации).

При сравнительном исследовании личностных особенностей больных ИБС, имеющих фобические проявления, и пациентов без выраженных страхов, получен следующий результат. Статистически достоверные различия ($p < 0,05$) обнаружены только по одному показателю – «эмоциональная стабильность». Уровень эмоциональной стабильности как личностной характеристики оказался ниже у пациентов 1-й группы ($M = 23,05 \pm 1,95$; $M = 29,10 \pm 1,85$). Таким образом, больным ИБС с фобическими проявлениями свойственна меньшая эмоциональная устойчивость в сравнении с пациентами 2-й группы. Вероятно, более выраженные проявления эмоциональной неустойчивости, возбудимости, тревожности в структуре личностных характеристик способствуют формированию определенных страхов. В частности, симптомы ИБС, проявлявшиеся на догоспитальном этапе при физической нагрузке у пациентов с описанными личностными особенностями, возможно, стали «пусковым фактором» возникновения стойких фобических проявлений (страх физической нагрузки). А представление о серьезных проблемах с сердцем, которые уже привели к операции, стало основой выраженного страха болезни при наличии указанных личностных характеристик.

В целом, интерпретируя полученные в выполненном исследовании данные, важно отметить следующее. Согласно полученным результатам, у больных ИБС 1-й группы в структуре фобических проявлений наиболее часто отмечались страхи, связанные с физической нагрузкой и самим заболеванием. Возникновение таких страхов у пациентов является, на наш взгляд, вполне закономерным, учитывая то, что ИБС – это заболевание имеющее витальную угрозу. Кроме того, одним из проявлений симптоматики ИБС является дискомфорт или боли при физической нагрузке (Латфуллин, 2017). Наличие ИМ в анамнезе является тем стрессогенным коронарным событием, которое, вероятно, может формировать страхи, связанные с возможностью его повторения. Однако не у всех пациентов, перенесших ИМ, отмечались выраженные проявления страхов. При изучении психологических различий между группами больных ИБС с фобическими проявлениями и без таковых было установлено, что в 1-й группе более выражены показатели тревожности: как личностной,

так и ситуативной. Известно, что тревожность в психологии рассматривается как личностная характеристика и состояние (или реакция), предполагающие проявление беспокойства, наличие каких-либо опасений, переживаний, имеющих отрицательную эмоциональную окраску (Черкасова, Ляхова, 2016). Тревожность как личностная черта отражает относительно устойчивую выраженность восприятия угрозы (Акимова и др., 2015). Соответственно, проявление каких-либо страхов при более выраженных показателях тревожности является логичным.

Данный факт следует учитывать при планировании мероприятий психологической реабилитации. Целесообразным является включение в практику работы психолога с больными ИБС, перенесшими ИМ, методик для диагностики тревожности и методов психокоррекционной работы, направленных на коррекцию тревожности.

По методике ДС также установлено, что у пациентов с теми или иными страхами, в сравнении с больными ИБС без фобических проявлений, более выражена склонность к беспокойству и неустойчивость настроения. Кроме того, по данной методике в 1-й группе, в сравнении со 2-й, обнаружен более низкий уровень такого показателя, как «удовлетворенность жизнью». Это шкала отражает уровень удовлетворенности (или неудовлетворенности) жизнью в целом, ее ходом, самореализацией. Более низкие значения по данной шкале у пациентов 1-й группы могут отражать сниженную оценку собственной личностной успешности, а также более выраженные сомнения при необходимости осуществления выбора, недостаточное ощущение «внутренней опоры». На наш взгляд, логичным является предположение, что при наличии описанных характеристик могут с большей вероятностью формироваться и какие-либо тревожно-фобические проявления. Кроме того, выявленный более низкий уровень эмоциональной стабильности в структуре личностных особенностей у больных ИБС 1-й группы, вероятно, также способствует формированию большей предрасположенности к возникновению страхов и тревоги в связи болезнью как жизнеугрожающей ситуацией.

Полученные результаты важно учитывать при планировании психологической реабилитации. Психологическая реабилитация, как отмечено в национальном руководстве по физической и реабилитационной медицине (2016), – это система психологических мероприятий с использованием методов психологической диагностики и коррекции, применение которых целесообразно для восстановления, коррекции, компенсации нарушенных психических функций, состояний, личностного статуса пациентов.

Рекомендации по психологической реабилитации

Учитывая полученные в ходе выполненного исследования результаты, в комплекс психологических реабилитационных мероприятий для больных ИБС, перенесших ИМ, должны быть включены методы и методики, направленные на коррекцию тревожных состояний и фобических проявлений. В перечень

методов психодиагностики, используемых психологом для оценки психологических особенностей пациентов, должен входить инструментарий, позволяющий выявлять степень выраженности и структуру тревожности. В процессе диагностики психоэмоционального состояния следует учитывать вероятность наличия проявлений страха, в частности у пациентов с высокой личностной тревожностью и эмоциональной нестабильностью в структуре личностных характеристик. При планировании психокоррекции необходимо принимать во внимание тот факт, что в числе страхов, которые может испытывать пациент, вероятно проявление страха физической нагрузки и страха самой болезни. Больные могут сообщать о наличии психологического дискомфорта, неприятных мыслей, выраженного беспокойства в связи с представлением о том, что терапия окажется неэффективной, операция бесполезной, а имевшиеся до госпитализации симптомы болезни в скором времени вернутся. Описываемое содержание страха может раскрываться в высказываниях о том, что «болезнь сердца очень пугает», «делать повседневные дела будет сложно, ведь выполнять физические действия страшно – вдруг опять станет плохо», «сердце не лечится, а значит в любой момент может случиться инфаркт, я этого боюсь», «очень боюсь, что боли опять начнутся, когда выйду на работу» и т.д. Страх болезни может отражать и восприятие витальной угрозы: «Все время боюсь, что это может случиться в любой момент...».

Соответственно, в процессе психологической реабилитации следует ориентироваться на такую цель, как преодоление страха пациента выполнять адекватную его состоянию физическую нагрузку. Целесообразным является информирование лечащего врача (кардиолога) и специалиста по физической реабилитации об этом страхе у конкретного пациента. Такое информирование должно быть направлено на то, чтобы рекомендации, связанные с физической нагрузкой, предоставлялись пациенту в индивидуальной, доступной форме с учетом его эмоционально-негативных состояний и личностных особенностей. Индивидуальный подход может обеспечить постепенное и последовательное преодоление фобических проявлений, связанных с выполнением какой-либо физической деятельности.

Также целесообразно информирование больного ИБС о том, что его страхи, связанные с физической нагрузкой, представляют собой закономерную реакцию психики на симптомы, проявлявшиеся на догоспитальном этапе (или, например, до операции). В процессе предоставления информации важно формировать в сознании пациента уверенность в том, что следование рекомендациям специалистов по выполнению адекватной физической нагрузки не ведет к ухудшению состояния, а, наоборот, способствует восстановлению. В рамках психокоррекционной работы с указанными страхами можно рекомендовать применение специалистом-психологом когнитивно-поведенческих методов. Например, могут использоваться такие методики, как систематическая десенсибилизация с закреплением позитивных результатов, связанных с постепенным выполнением простых физических действий, а также побуждение пациента к самонаблюдению и оценке собственных эмоциональных реакций.

Как продемонстрировано в результатах исследования, у многих пациентов отмечается страх самой болезни. Согласно данным клинико-психологического метода, пациенты боятся возвращения симптомов, усиления тяжести болезни (несмотря на лечение), а также выражают беспокойство в связи с представлением о витальной угрозе. Соответственно, в процессе психологической реабилитации целесообразно планировать психокоррекционную работу с применением методов, направленных на изменение оценки пациентом факта наличия болезни и госпитализации. Можно также рекомендовать применение когнитивных техник и методов, включая реатрибуцию, протокол дисфункциональных мыслей, выявление и коррекцию когнитивных ошибок мышления и дезадаптивных убеждений для достижения декатастрофизации восприятия своего заболевания. Тем не менее стимулирование декатастрофизации не должно приводить к недооценке тяжести болезни: специалист должен способствовать формированию реалистичного взгляда больного ИБС на заболевание.

С учетом наличия тревожности и неустойчивости эмоционального фона целесообразно использование поведенческих методов, в частности, различных вариантов релаксации, сенсорной репродукции, возможно, музыкотерапии, арт-терапии.

Таким образом, для эффективной психологической реабилитации больных ИБС, имеющих фобические проявления, на наш взгляд, важно применять комплексный подход, включающий: а) информирование врачей и пациентов о психологических особенностях возникновения страхов; б) использование психокоррекции, предполагающей применение широкого арсенала когнитивно-поведенческих техник и методов.

Заключение

У больных ИБС, перенесших ИМ и имеющих выраженные страхи, в структуре фобических проявлений наиболее часто отмечались боязнь физической нагрузки и страхи, связанные с самим заболеванием (43 и 54 % соответственно).

В группе пациентов с наличием фобических проявлений отмечены более выраженные показатели общего уровня ситуативной тревожности, включая такие ее структурные компоненты, как эмоциональный дискомфорт, фобический компонент, тревожная оценка перспективы, а также общего уровня личностной тревожности, включая следующие структурные компоненты: эмоциональный дискомфорт, фобический компонент, астенический компонент, тревожная оценки перспективы.

В структуре доминирующего состояния у больных ИБС, перенесших ИМ, имеющих фобические проявления, в сравнении с пациентами без выраженных страхов, выявлены более высокие показатели тревоги, неустойчивости эмоционального фона и неудовлетворенности жизнью.

У больных ИБС, перенесших ИМ и имеющих выраженные фобические проявления, выявлены более низкие показатели КЖ и эмоциональной стабильности в структуре личностных особенностей.

При планировании психологической реабилитации для больных ИБС, перенесших ИМ, важно учитывать вероятность наличия тревожных состояний и фобических проявлений, а в процессе их психологической диагностики применять методы, направленные на выявление выраженности и структуры тревожности и фобических проявлений.

Список литературы

- Акимова Е.В., Гакова Е.И., Каюмова М.М., Загородных Е.Ю., Каюмов Р.Х., Смазнов В.Ю., Гафаров В.В., Кузнецов В.А.* Личностная тревожность, ишемическая болезнь сердца и метаболический синдром в открытой мужской популяции: распространенность, взаимосвязи // *Артериальная гипертензия*. 2015. Т. 21. № 2. С. 138–144. <https://doi.org/10.18705/1607-419X-2015-21-2-138-144>
- Белан И.А., Ложникова Л.Е., Барбухатти К.О.* Влияние уровня тревожности на течение ишемической болезни сердца после аортокоронарного шунтирования // *Cardiosomatika*. 2015. № S1. С. 9–10.
- Белялов Ф.И.* Депрессия тревога и стресс у пациентов с ишемической болезнью сердца // *Терапевтический архив*. 2017. Т. 89. № 8. С. 104–109. <https://doi.org/10.17116/terarkh2017898104-109>
- Березняк Ю.С., Селезнёв С.Б.* Клинико-психологические особенности больных ишемической болезнью сердца // *Сибирский медицинский журнал*. 2017. Т. 32. № 1. С. 87–91. <https://doi.org/10.29001/2073-8552-2017-32-1-87-91>
- Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В.* Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): методические рекомендации. СПб.: Изд-во НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 2005. 23 с.
- Болотова Е.В., Комиссарова И.М.* Гендерно-возрастные ассоциации факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных ишемической болезнью сердца // *Профилактическая медицина*. 2017. Т. 20. № 6. С. 68–75. <https://doi.org/10.17116/profmed201720668-75>
- Большой психологический словарь / под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. 4-е изд., расш. М.: АСТ; Санкт-Петербург: Прайм-Еврознак, 2009. 811 с.
- Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю.* Медицинская психодиагностика: теория, практика, обучение. СПб.: СПбГУ; М.: Академия, 2003. 736 с.
- Граждан И.К., Копылов Ф.Ю., Аксенова М.Г., Барский В.И., Кириллов А.В.* Патогенетические взаимосвязи особенностей личности и психических расстройств с ишемической болезнью сердца // *Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия*. 2015. № 2. С. 8–20. <https://doi.org/10.17116/kardio2015828-20>
- Иванов М.С., Солодухин А.В., Помешкина С.А., Серый А.В., Яницкий М.С., Горбунова Е.В.* Опасения и страхи в системе отношения к личной безопасности у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями // *Вестник Российского университета дружбы народов*. Серия: Психология и педагогика. 2018. Т. 15. № 4. С. 458–472. <http://dx.doi.org/10.22363/2313-1683-2018-15-4-458-472>
- Ковпак Д.В.* Страхи, тревоги, фобии... Как от них избавиться? Практическое руководство психотерапевта. СПб.: Наука и техника, 2012. 288 с.

- Куликов Л.В. Руководство к методикам диагностики психических состояний, чувств и психологической устойчивости личности. Описание методик, инструкции по применению. СПб., 2003.
- Латфуллин И.А. Ишемическая болезнь сердца: основные факторы риска, лечение. 2-е изд., доп. и перераб. Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2017. 426 с.
- Лысова Т.А., Ениколопов С.Н., Волель Б.А., Сыркина Е.А. Психологическая структура невротической ипохондрии при ишемической болезни сердца // Психические расстройства в общей медицине. 2015. № 2–3. С. 21–30.
- Михайловская Н.С., Литвиненко В.А., Мельник А.И. Взаимосвязь тревожно-депрессивных расстройств с течением ишемической болезни сердца, коморбидной с метаболическим синдромом // Запорожский медицинский журнал. 2016. № 5. С. 23–27. <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2015.5.53743>
- Никулина И.В., Трушкина В.В., Недбайкин А.М., Юсова И.А., Бессонова И.А. Выявление и коррекция патологических эмоциональных реакций у трудоспособных пациентов с ИБС на этапе реабилитации // Кардиосоматика. 2017. Т. 8. № 1. С.61–62.
- Обрезан А.Г., Куликов Н.В. Оценка поведенческих факторов риска развития ишемической болезни сердца (обзор литературы) // Медицинский альянс. 2018. № 1. С. 84–88.
- Овчинников А.А., Султанова А.Н., Коваленко А.А., Сычева Т.Ю. Жизнестойкость и способы совладания со стрессом у пациентов с ишемической болезнью сердца // Journal of Siberian Medical Sciences. 2017. Т. 2. С. 72–77.
- Оксфордский толковый словарь по психологии / под ред. А. Ребера: в 2 т. Т. 1 / пер. с англ. Е.Ю. Чеботарева. М.: Вече; АСТ, 2003. 592.
- Прохоренко И.О., Зарубина Е.Г., Сергеев О.С., Сухачев П.А. Влияние психологических особенностей личности пациентов старшей возрастной группы на частоту возникновения, тяжесть и динамику ишемической болезни сердца // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье. 2016. № 3 (23). С. 50–59.
- Пушкарев Г.С., Бессонов И.С., Кузнецов В.А., Ярославская Е.И. Прогностическая роль психосоциальных факторов риска у больных ишемической болезнью сердца, перенесших коронарное стентирование // Кардиология. 2017. Т. 57. № 6. С. 11–15. <https://doi.org/10.18565/cardio.2017.6.11-15>
- Селиванова Г.Б. Коморбидный пациент в клинике внутренних болезней: сердечно-сосудистые заболевания и тревога // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2017. Т. 16. № 5. С. 76–80. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2017-5-76-80>
- Сирота Н.А., Московченко Д.Н. Страх прогрессирования заболевания и копинг-поведение у пациентов с ишемической болезнью сердца // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2015. № 4. С. 87–94.
- Солодухин А.В., Серый А.В., Яницкий М.С., Трубникова О.А. Возможности методов когнитивно-поведенческой психотерапии в изменении внутренней картины болезни у пациентов с ишемической болезнью сердца // Фундаментальная и клиническая медицина. 2017. Т. 2. № 1. С. 84–90. <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2017-2-1-84-90>
- Физическая и реабилитационная медицина: национальное руководство / под ред. Г.Н. Пономаренко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 688 с.
- Черкасова В.Л., Ляхова О.Л. Определение понятия «тревожность» и причины ее возникновения // Актуальные проблемы естественно-научного образования, защиты окружающей среды и здоровья человека. 2016. Т. 2. № 2. С. 411–415.

- Яничев Д.П. Когнитивные аспекты самовосприятия личностных черт у пациентов с невротической и неврозоподобной симптоматикой: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб.: СПбГУ, 2006.
- Batelaan N.M., Seldenrijk A., Bot M., van Balkom A.J., Penninx B.W. Anxiety and new onset of cardiovascular disease: critical review and meta-analysis // *British Journal of Psychiatry*. 2016. Vol. 208. No. 3. Pp. 223–231. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.156554>
- Chauvet-Gelinier J.C., Bonin B. Stress, anxiety and depression in heart disease patients: A major challenge for cardiac rehabilitation // *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2017. Vol. 60. No. 1. Pp. 6–12. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2016.09.002>
- De Hert M., Detraux J., Vancampfort D. The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders // *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2018. Vol. 20. No. 1. Pp. 31–40.
- Emdin C.A., Odutayo A., Wong C.X., Tran J., Hsiao A.J., Hunn B.H. Meta-Analysis of Anxiety as a Risk Factor for Cardiovascular Disease // *American Journal of Cardiology*. 2016. Vol. 118. No. 4. Pp. 511–519. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2016.05.041>
- Pedersen S.S., von Känel R., Tully P.J., Denollet J. Psychosocial perspectives in cardiovascular disease // *European Journal of Preventive Cardiology*. 2017. Vol. 24. Pp. 108–115. <https://doi.org/10.1177/2047487317703827>
- Pogosova N., Kotseva K., De Bacquer D., von Känel R., De Smedt D., Bruthans J., Dolzhenko M. Psychosocial risk factors in relation to other cardiovascular risk factors in coronary heart disease: Results from the EUROASPIRE IV survey. A registry from the European Society of Cardiology // *European Journal of Preventive Cardiology*. 2017. Vol. 24. No. 13. Pp. 1371–1380. <https://doi.org/10.1177/2047487317711334>

История статьи:

Поступила в редакцию: 19 апреля 2019 г.

Принята к печати: 25 октября 2019 г.

Для цитирования:

Великанов А.А., Боярская А.А., Столярова А.А., Протасов Е.А., Лубинская Е.И., Демченко Е.А. Исследование фобических проявлений и тревожности у больных ишемической болезнью сердца после перенесенного инфаркта миокарда в связи с задачами психологической реабилитации // *Вестник Российского университета дружбы народов*. Серия: Психология и педагогика. 2019. Т. 16. № 4. С. 517–539. <http://dx.doi.org/10.22363/2313-1683-2019-16-4-517-539>

Сведения об авторах:

Великанов Арсений Анетович, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры гуманитарных наук, медицинский психолог, отделение психологии Национального медицинского исследовательского центра имени В.А. Алмазова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Санкт-Петербург, Россия). ORCID iD: 0000-0003-4270-4818. E-mail: arsen.velikanov@gmail.com

Боярская Анна Андреевна, ассистент кафедры общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Санкт-Петербург, Россия). E-mail: anna.boyarskaya@gmail.com

Столярова Анна Александровна, психолог, волонтер, Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Санкт-Петербург, Россия). E-mail: anna.stoljarova@gmail.com

Протасов Евгений Алексеевич, врач ЛФК, Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Санкт-Петербург, Россия). E-mail: akkuratova2@gmail.com

Лубинская Екатерина Игоревна, кандидат медицинских наук, врач-кардиолог, старший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории реабилитации, Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Санкт-Петербург, Россия). E-mail: lubinskaya1@bk.ru

Демченко Елена Алексеевна, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории реабилитации, Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Санкт-Петербург, Россия). E-mail: elenademchenko2006@rambler.ru

Research article

Study of Phobic Manifestations and Anxiety in Patients with Coronary Heart Disease after Myocardial Infarction in View of Tasks of Psychological Rehabilitation

Arseniy A. Velikanov¹, Anna A. Boyarskaya², Anna A. Stoljarova¹, Evgeniy A. Protasov¹, Ekaterina I. Lubinskaya¹, Elena A. Demchenko¹

¹Almazov National Medical Research Centre

2 Akkuratova St., Saint Petersburg, 197341, Russian Federation

²Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

6–8 Lva Tolstogo St., Saint Petersburg, 197022, Russian Federation

Abstract. The study of the psycho-emotional features of patients with coronary heart disease (CHD) is important for the development of psychological rehabilitation measures. In particular, it is necessary to take into account the specifics of the experienced fears and anxiety states which can be manifested in patients after myocardial infarction (MI). Negative psycho-emotional experiences are known to influence the course and prognosis of the disease. Identification of the structure of phobic manifestations, anxiety and personal characteristics of patients is appropriate for optimizing psychodiagnostics and psychocorrection.

The present research is aimed at studying the characteristics of phobic manifestations and the structure of anxiety in patients with coronary heart disease (CHD) after myocardial infarction (MI), considering the dominant state, indicators of quality of life and personal characteristics.

In the course of the present study 67 patients were surveyed with gender distribution of 12 women (18%) and 55 men (82%): patients of the Almazov National Medical Research Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation who had a history of myocardial infarction (up to 1 year) and had undergone myocardial revascularization. The average age of the patients was 58.95 years. Clinical interview and psychological testing (Dominant State

Determining Method, Integrative Test of Anxiety, The 36-Item Short Form Health Survey (SF-36), The Big Five Personality Test) were used.

In patients with CHD after MI with substantial fears the most frequently detected phobic manifestations are the fear of physical activity and the fears associated with the disease itself. In the group of patients with the presence of phobic manifestations more pronounced indicators of anxiety, lower indicators of quality of life (QoL) and emotional stability in the structure of personal characteristics were noted. When planning psychological rehabilitation for patients with CHD who have undergone MI, it is important to consider the likelihood of anxiety and phobic manifestations.

Key words: coronary heart disease; myocardial infarction; anxiety; phobia; quality of life; personality traits; psychological rehabilitation

References

- Akimova, E.V., Gakova, E.I., Kayumova, M.M., Zagorodnykh, E.Y., Kayumov, R.K., Smaznov, V.Y., Gafarov, V.V., & Kuznetsov, V.A. (2015). Anxiety, coronary heart disease and metabolic syndrome in male population: prevalence and interrelations. *Arterialnaya Gipertenziya*, 21(2), 138–144. <https://doi.org/10.18705/1607-419X-2015-21-2-138-144> (In Russ.)
- Batelaan, N.M., Seldenrijk, A., Bot, M., van Balkom, A.J., & Penninx, B.W. (2016). Anxiety and new onset of cardiovascular disease: critical review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 208(3), 223–231. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.156554>
- Belan, I.A., Lozhnikova, L.E., & Barbukhatti, K.O. (2015). Anxiety influence on coronary heart disease course after bypass grafting. *Kardiosomatica*, (S1), 9–10. (In Russ.)
- Belyalov, F.I. (2017). Depression, anxiety and stress in patients with coronary heart disease. *Therapeutic Archive*, 89(8), 104–109. <https://doi.org/10.17116/terarkh2017898104-109> (In Russ.)
- Bereznyak, J.S., & Seleznev, S.B. (2017). Clinical and psychological features of patients with coronary heart disease. *Siberian Medical Journal*, 32(1), 87–91. <https://doi.org/10.29001/2073-8552-2017-32-1-87-91> (In Russ.)
- Bizyuk, A.P., Wasserman, L.I., & Iovlev, B.V. (2005). *The Application of the Integrative Test of Anxiety: Methodic Recommendations*. Saint Petersburg: NIPNI imeni V.M. Bekhtereva Publ. (In Russ.)
- Bolotova, E.V., & Komissarova, I.M. (2017). Gender and age associations of cardiovascular risk factors in patients with coronary heart disease. *Profilakticheskaya Meditsina*, 20(6), 68–75. <https://doi.org/10.17116/profmed201720668-75> (In Russ.)
- Chauvet-Gelinier, J.C., & Bonin, B. (2017). Stress, anxiety and depression in heart disease patients: A major challenge for cardiac rehabilitation. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 60(1), 6–12. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2016.09.002>
- Cherkasova, V.L., & Lyakhova, O.L. (2016). Opređenje ponyatiya “trevozhnost’” i prichiny ee voznikoveniya. *Aktual’nye problemy estestvennonauchnogo obrazovaniya, zashchity okruzhayushchei sredy i zdorov’ya cheloveka*, 2(2), 411–415. (In Russ.)
- De Hert, M., Detraux, J., & Vancampfort, D. (2018). The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 31–40.

- Emdin, C.A., Odutayo, A., Wong, C.X., Tran, J., Hsiao, A.J., & Hunn, B.H. (2016). Meta-Analysis of Anxiety as a Risk Factor for Cardiovascular Disease. *American Journal of Cardiology*, 118(4), 511–519. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2016.05.041>
- Grazhdan, I.K., Kopylov, F.Yu., Aksenova, M.G., Barskiy, V.I., & Kirillov, A.V. (2015). Pathogenetic relationship between personality traits and mental derangement with coronary heart disease. *Kardiologia i Serdechno-Sosudistaya Khirurgia*, (2), 8–20. <https://doi.org/10.17116/kardio2015828-20> (In Russ.)
- Ivanov, M.S., Solodukhin, A.V., Pomeskina, S.A., Seryy, A.V., Yanitskiy, M.S., & Gorbunova, E.V. (2018). Worries and Fears in the System of Attitudes to Personal Security of Patients with Cardiovascular Diseases. *RUDN Journal of Psychology and Pedagogics*, 15(4), 458–472. <http://dx.doi.org/10.22363/2313-1683-2018-15-4-458-472> (In Russ.)
- Kovpak, D.V. (2012). *Strakhi, trevogi, fobii... Kak ot nikh izbavit'sya?* Moscow: Nauka i tekhnika Publ. (In Russ.)
- Kulikov, L.V. (2003). *A Guide to the Methods of Diagnosing Mental States, Moods, and Feelings. Description of Techniques and Instructions for Use.* Saint Petersburg: SPGU Publ. (In Russ.)
- Latfullin, I.A. (2017). *Ishemicheskaya Bolezn' Serdca: Osnovnye Factory Riska, Lechenie.* Kazan: Kazan University Publ. (In Russ.)
- Lysova, T.A., Enikolopov, S.N., Volel, B.A., & Syrkina, E.A. (2015). Psychological structure of neurotic hypochondria in coronary heart disease. *Psihicheskie Rasstroystva v Obschey Meditsine*, (2–3), 21–30. (In Russ.)
- Meshcheryakov, B.G., & Zinchenko, V.P. (Eds.). (2009). *A Significant Psychological Dictionary.* Moscow: AST Publ.; Saint Petersburg: Praym-Evroznak Publ. (In Russ.)
- Mychailovskaya, N.S., Litvinenko, V.A., & Melnik, A.I. (2015). Relationship of the anxiety-depressive disorder with coronary heart disease, comorbid with metabolic syndrome. *Zaporozhye Medical Journal*, (5), 23–27. <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2015.5.53743> (In Russ.)
- Nikulina, I.V., Trushkina, V.V., Nedbaikin, A.M., Yusova, I.A., & Bessonova, I.A. (2017). Vyyavlenie i korrektsiya patologicheskikh emocional'nykh reakcii u trudospobnykh patsientov s IBS na etape reabilitatsii. *Cardiosomatika*, 8(1), 61–62. (In Russ.)
- Obrezan, A.G., & Kulikov, N.V. (2018). Evaluation of the behavioral risk factors for coronary heart disease (review). *Medicinskij Alyans*, (1), 84–88. (In Russ.)
- Ovchinnikov, A.A., Sultanova, A.N., Kovalenko, A.A., & Sycheva, T.Y. (2018). Resilience and stress coping techniques in patients with ischemic heart disease. *Journal of Siberian Medical Sciences*, (2), 72–77. (In Russ.)
- Pedersen, S.S., von Känel, R., Tully, P.J., & Denollet, J. (2017). Psychosocial perspectives in cardiovascular disease. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(3_suppl), 108–115. <https://doi.org/10.1177/2047487317703827>
- Pogosova, N., Kotseva, K., De Bacquer, D., von Känel, R., De Smedt, D., Bruthans, J., & Dolzhenko, M. (2017). Psychosocial risk factors in relation to other cardiovascular risk factors in coronary heart disease: Results from the EUROASPIRE IV survey. A registry from the European Society of Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(13), 1371–1380. <https://doi.org/10.1177/2047487317711334>

- Ponomarenko, G.N. (2016). *Physical and Rehabilitation Medicine: National Guideline*. Moscow: GEOTAR-Media Publ. (In Russ.)
- Prokhorenko, I.O., Zarubina, E.G., Sergeev, O.S., & Suhachev, P.A. (2016). Influence of psychological personality traits of elderly patients on the incidence, severity and dynamics of coronary heart disease. *Vestnik Meditsinskogo Instituta "REAVIZ": Reabilitatsiya, Vrach i Zdorove*, 3(23), 50–59 (In Russ.)
- Pushkarev, G.S., Kuznetsov, V.A., Yaroslavskaya, E.I., & Bessonov, I.S. (2017). Prognostic Significance of Psychosocial Risk Factors in Patients With Ischemic Heart Disease After Percutaneous Coronary Interventions. *Kardiologiya*, 57(6), 11–15. <https://doi.org/10.18565/cardio.2017.6.11-15> (In Russ.)
- Reber, A. (2003). *The Oxford Dictionary of Psychology* (vol. 1). Moscow: Veche Publ., AST Publ. (In Russ.)
- Selivanova, G.B. (2017). Comorbid patient in the internal medicine: cardiovascular diseases and anxiety. *Cardiovascular Therapy and Prevention*, 16(5), 76–80. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2017-5-76-80> (In Russ.)
- Sirota, N.A., & Moskovchenko, D.V. (2015). Fear of disease progression and coping behaviors in patients with coronary heart disease. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*, (4), 87–94. (In Russ.)
- Solodukhin, A.V., Seryi, A.V., Yanitskiy, M.S., & Trubnikova, O.A. (2017). Cognitive behavioral therapy: an option for changing internal picture of disease in patients with coronary artery disease. *Fundamental'naja i Klinicheskaja Medicina*, 2(1), 84–90. <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2017-2-1-84-90> (In Russ.)
- Vasserman, L.I., & Shchelkova, O.Yu. (2003). *Medical Psychodiagnostics: Theory, Practice And Training*. Saint Petersburg: Saint Petersburg University Press; Moscow: Akademiya. (In Russ.)
- Yanichev, D.P. (2006). *Cognitive Aspects of Self-Perception of Personality Traits in Patients with Neurotic and Neurosis Symptoms*. Ph.D. in Psychology Thesis. Saint Petersburg: Saint Petersburg State University. (In Russ.)

Article history:

Received: 19 April 2019

Revised: 22 October 2019

Accepted: 25 October 2019

For citation:

Velikanov, A.A., Boyarskaya, A.A., Stoljarova, A.A., Protasov, E.A., Lubinskaya, E.I., & Demchenko, E.A. (2019). Study of Phobic Manifestations and Anxiety in Patients with Coronary Heart Disease after Myocardial Infarction in View of Tasks of Psychological Rehabilitation. *RUDN Journal of Psychology and Pedagogics*, 16(4), 517–539. <http://dx.doi.org/10.22363/2313-1683-2019-16-4-517-539>

Bio notes:

Arseniy A. Velikanov, Ph.D. in Psychology, Associate Professor, is Associate Professor of Human Sciences Department, Clinical Psychologist of the Psychotherapy Department, Almazov National Medical Research Centre of the Ministry of Health of the Russian Fe-

deration (Saint Petersburg, Russia). ORCID iD: 0000-0003-4270-4818. E-mail: arsen.velikanov@gmail.com

Anna A. Boyarskaya is assistant of General and Clinical Psychology Department, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University (Saint Petersburg, Russia). E-mail: anna.boyarskaya@gmail.com

Anna A. Stoljarova is psychologist, volunteer, Almazov National Medical Research Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation (Saint Petersburg, Russia). E-mail: anna.stoljarova@gmail.com

Evgeniy A. Protasov is physiotherapist, Almazov National Medical Research Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation (Saint Petersburg, Russia). E-mail: akkuratova2@gmail.com

Ekaterina I. Lubinskaya, Ph.D. in Medicine, cardiologist, is Senior Researcher of the Research Laboratory of Rehabilitation, Almazov National Medical Research Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation (Saint Petersburg, Russia). E-mail: lubinskaya1@bk.ru

Elena A. Demchenko, M.D., is head of the Research Laboratory of Rehabilitation, Almazov National Medical Research Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation (Saint Petersburg, Russia). E-mail: elenademchenko2006@rambler.ru